

Verordnungsformular für Aerosoltherapie

FORMULAR C

Erstverordnung

Verlängerung

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN (VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN)

Name und Vorname

Geschlecht

W

M

Geburtsdatum (tt/mm/jj)

Adresse

NPA

Kanton

Beruf

Tel

Mail

AHV-Nr

Krankenkasse

Versichertennummer

2. HAUPTDIAGNOSE (ENTSPRECHENDES KÄSTCHEN ANKREUZEN)

Obstruktive Lungenerkrankungen

(Chronische Bronchitis, Emphysem, Asthma)

Gefäßerkrankungen

(Pulmonale Hypertonie)

Restriktive Lungenerkrankungen

(Lungenfibrose, Pneumokoniose, Silikose, post-Tbc)

Schlafbezogene Atmungsstörungen

(OSA, CSA, gemischte Erkrankungen)

Herzerkrankungen

(Cor pulmonale, Herzfehler, Herzinsuffizienz)

Neuromuskuläre Erkrankungen

Andere Erkrankungen

3. VERORDNUNG FÜR EIN GERÄT ZUR AEROSOLTHERAPIE

Therapiedauer > 90 Tage

Therapiedauer < 90 Tage

MEDIKAMENT	DOSIERUNG	TÄGLICHE VERABREICHUNG

Verschreibender Arzt (Name und Vorname)

Verordnungsdatum (tt/mm/jj)

Behandelnder Arzt (Name und Vorname)

Bemerkungen

Stempel/Unterschrift
(mit RCC-Nr)

Das Rezept kann direkt in der PDF-Datei oder manuell ausgefüllt und an die E-Mail-Adresse prescrizioni@artsource.ch gesendet werden. Falls die Zustellung an die genannte Adresse fehlschlägt, können Sie uns unter info@artsource.ch kontaktieren.